


 **Samedi**  
**15 Décembre 2018**

 **Saint-Pierre**

 **Cou'main**

# Marche Foulé Fénoir

 **Date limite d'inscription au 07/12/2018**

**Tarif : 12 €**

*Les champs\* sont obligatoires*

**Nom\*** : ..... **Prénom\*** : .....  
**Date de naissance\*** : ..... **Sexe\*** :  M  
 F  
**Taille de T-shirt\*** : ..... **Téléphone\*** : 0.....  
**Sponsorisé (team)** : .....

**Contact en cas d'accident**

**Licence FFA ou PASS'RUNNING** : .....  
**Nom du club** : .....

**Nom** : .....  
**Téléphone** : 0.....

**Non licencié(e)** : Fournir un certificat médical **CONFORME** datant de moins d'un an au jour de l'épreuve.

**Mentions obligatoires** : vos nom, prénom et date de naissance,  
la "non contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition",  
la date, le cachet et la signature du médecin.

Pour recevoir ma  
confirmation d'inscription

Être informé des changements,  
retrait de dossards...

*Pour être sûr de  
recevoir vos infos,  
attention à la lisibilité*

**Email\*** : .....

**Adresse** : .....

**Code postal** : .....

**Ville** : .....

Offres et infos de l'organisateur et ses **partenaires\*** :  Oui  Non  
Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce  
bulletin et accepte dans sa totalité le règlement de l'épreuve mis à  
disposition sur sportpro.re. En signant le présent document,  
j'accepte que mes données personnelles soient stockées  
numériquement pour le bon enregistrement de mon inscription  
et des différents traitements inhérents.

**Date\*** : ..... / ..... / 20.....

Signature du participant  
parent / représentant légal si mineur

## INSCRIPTION INTERNET

Fini les bulletins à chaque épreuve...  
Simplifiez-vous la vie !

Compte membre sur  
**www.sportpro.re**

**Non licencié(e)** votre certificat médical  
est conservé toute sa durée de validité

**Licencié(e)** vos données d'inscription  
directement transmises par la FFA

**Suivi de vos inscriptions  
historique, diplômes,  
paiement chèque ou CB**

En 2017, plus de 100 courses à portée de clic !



**ATTENTION** : tout dossier incomplet ou comprenant un certificat médical non conforme ne sera pas traité.

Votre dossier d'inscription papier :

- le présent bulletin
- le certificat médical
- le chèque à l'ordre de Sport PRO Réunion

À adresser par courrier à :



**Sport PRO Réunion**  
BP179 - 97470 SAINT-BENOÎT

L'enregistrement de vos données personnelles a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL sous le numéro 1697309. Sport PRO Réunion s'engage à ne pas les utiliser ou les transmettre à des fins commerciales ou publicitaires, et ne peut les transmettre qu'à l'organisateur ci-dessus désigné, qui sera informé de votre choix concernant la réception d'offres partenaires

Pour en savoir plus sur notre politique concernant les données personnelles et l'exercice de mes droits sur les données me concernant, visitez notre page [www.sportpro.re/protection-des-donnees-personnelles.php](http://www.sportpro.re/protection-des-donnees-personnelles.php).



## CERTIFICAT MÉDICAL

pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-2-2 du Code du Sport

Je soussigné, Docteur : .....

Demeurant à : .....

Certifie avoir examiné ce jour :

**M. / Mme.** (Prénom.NOM).....

Né(e) le ..... / ..... / .....,

demeurant à .....

.....CP : .....Ville : .....

Et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en compétition ou de la Course à pied en compétition, ceci pour une durée d'un an, pour les distances maximum ci-dessous :

- 1 km pour la catégorie EA : École d'Athlétisme (jusqu'à 9 ans)
- 2 km pour la catégorie PO : Poussin (entre 9 et 11 ans)
- 3 km pour la catégorie BE : Benjamin (entre 11 et 13 ans)
- 5 km pour la catégorie MI : Minime (entre 13 et 15 ans)
- 15 km pour la catégorie CA : Cadet (entre 15 et 17 ans)
- 25 km pour la catégorie JU : Junior (entre 17 et 19 ans)
- pas de limite pour les catégories ES : Espoir, SE : Sénior, VE : Vétéran

Je l'informe de l'intérêt de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Cachet et Signature du médecin

Remis en mains propres à la demande de l'intéressé.

*Ce certificat médical, établi par un médecin choisi librement par le sportif, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur. Valable une année, il est destiné, comme le prévoit les Règlements Généraux de la Fédération Française d'Athlétisme (article 2.1.2), à l'usage des acteurs de l'organisation d'évènements sportifs relevant de la FFA. Au service de ces derniers, et afin de pouvoir assurer la gestion et la conformité des inscriptions, Sport PRO Réunion, partenaire Hors Stade de la LRA (Ligue Réunionnaise d'Athlétisme), conservera dans ce contexte une copie numérique de ce certificat dûment complété, déclaration n°1697309 faite auprès de la CNIL à cet effet.*